FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1877

THÈSE

N° 507

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 *Novembre* 1877 *à* 1 *heure.*

Par JEAN-FRANÇOIS LACOSTE,

Né à Buzeins (Aveyron), le 26 avril 1844,

Ancien interne de l'hôpital civil de Versailles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Président : M. GUBLER, *professeur.*

Juges : MM. CHARCOT *professeur.* DIEULAFOY, BERGERON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FALULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen.................. M. VULPIAN.
Professeurs.......................... MM.

Anatomie....................................	SAPPEY.
Physiologie.....................................	BÉCLARD.
Physique médicale..............................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale........	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.......	CHAUFFARD.
Pathologie médicale...........................	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale.......................	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique.......................	CHARCOT.
Histologie....................................	ROBIN.
Opérations et appareils.......................	LE FORT.
Pharmacologie.................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.........	GUBLER.
Hygiène.......................................	BOUCHARDAT
Médecine légale...............................	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés...........	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale......	VULPIAN.
Clinique médicale..............................	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	BALL.
Clinique chirurgicale..........................	RICHET GOSSELIN BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements....................	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

ANGER.	MM. CHANTREUIL.	MM. FERNET.	MM. MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau..................	MM. *N.*
— des maladies des enfants.	N.
— de l'ophthalmologie..........................	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques...............	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques..........................	Marc SEE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial et de vive reconnaissance.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

La plus tendre affection.

A MON COUSIN H. VAISSIÈRE

Le premier fruit de mon travail.

A M. MARTEL

Ancien ministre de la justice,
Sénateur du Pas-de-Calais.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A TOUS MES COLLÈGUES D'INTERNAT

de l'hôpital civil de Versailles.

Sympathie.

A M. LE DOCTEUR PICQUÉ

Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

Vive amitié.

A M. LE DOCTEUR OZANNE

Chirurgien en chef de l'hôpital civil de Versailles,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Estime et gratitude.

A MM. LEROUX, GODEFROY ET VELTEN

Chirurgiens du même hôpital.

Mes remerciements.

A MM. RÉMILLY, MAURICE ET PARIS

Médecins de l'hôpital civil de Versailles.

Mon dévouement.

A mon président de thèse

M. GUBLER

Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

GOITRE EXOPHTHALMIQUE



INTRODUCTION.

Durant le cours de nos études médicales, nous avons été frappé de la rareté relative de la maladie de Graves.

Pendant les quatre années d'internat que nous avons passées à l'Hôpital de Versailles, il ne nous a été permis d'observer qu'une fois cette étrange et singulière maladie.

Nous avons pensé dès lors, qu'en raison de sa rareté et de l'intérêt qu'elle présente, une étude sur cette question, si modeste qu'elle fût, pouvait avoir son utilité.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Gubler d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et de placer ce travail sous la protection de la bienveillance et de l'indulgence de nos juges.

HISTORIQUE.

Cette affection appelée tour à tour exophthalmos, goître exophthalmique, exophthalmie cachectique, cachexie exophthalmique, maladie de Graves, maladie exophthalmique ou dyscrasie ophthalmique par Basedow, puis maladie de Basedow, enfin, névrose thyro-exophthalmique, par Corlieu, n'est bien connue que depuis une vingtaine d'années à peu près.

Jusque-là, l'un de ses symptômes le plus saillant, l'exophthalmie, avait seul frappé les auteurs, et des oculistes distingués, Demours, Mackenzie, Sichel, Desmarres, avaient relaté dans leurs ouvrages cette singulière affection dont ils n'avaient pas pu trouver la véritable origine. Graves fut le premier à qui revient l'honneur, en 1835, dans les cliniques qu'il faisait à Dublin, d'avoir signalé à ses disciples la maladie qui nous occupe.

Mais le peu de malades qu'il lui fut permis d'observer d'une part, l'état peu avancé de l'histologie normale et pathologique, d'autre part, ne lui procurèrent pas la satisfaction de donner de cette maladie une description complète et sa véritable cause ; néanmoins, le nom de l'illustre professeur de Dublin doit seul être réuni à celui de la maladie qu'il a découverte sinon décrite.

Après Graves, Basedow, en 1840, fut le premier qui donna de la maladie une description complète (Caspers, *Wochenschrift*, 1840).

En 1856, seulement, M. le professeur Charcot, dans un intéressant mémoire qu'il lut à la Société de biologie,

signala pour la première fois aux médecins français cette maladie à propos d'un cas qu'il observa la même année à l'hôpital de la Charité. Cette maladie avait du reste été à l'étranger l'objet de recherches sérieuses.

En Angleterre, Stokes, White, Cooper l'avaient spécialement étudiée.

En Allemagne, Helft, Romberg, etc.

En Danemark, Withuisen.

Les recherches de M. le professeur Charcot, en France, suscitèrent des travaux importants de Fisher, d'Aran, Demarquay, Gros, Teissier, de Lyon.

Enfin, Trousseau a fourni sur la maladie de Graves une remarquable clinique qui est le résumé des principaux travaux écrits sur la matière.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie de cette affection est encore bien obscure. Elle a été plus fréquemment observée chez la femme que chez l'homme : sur 40 cas réunis par Withuisen, 8 seulement appartenaient au sexe masculin.

On la rencontre plus communément entre 20 et 30 ans, cependant, il y a à cet égard des exceptions assez nombreuses, et la malade qui fait le sujet d'une de nos observations était âgée de 58 ans. Ce fait est assez important à noter, car il prouve que dans tous les cas on ne doit pas rattacher l'affection à des troubles de la menstruation.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer la maladie : les traumatismes céphaliques, le chagrin sur-

tout ont été notés par les auteurs comme origine probable de l'affection qui nous occupe.

L'hystérie, la scrofule, l'anémie ont également été tour à tour invoqués.

Pour cette dernière, il est utile de faire la restriction suivante :

Oui, l'anémie peut disposer à la maladie, elle peut même la produire, mais elle n'est pas l'essence même de la maladie : nous verrons, en effet, plus tard, qu'elle en est la véritable nature.

L'anémie peut être amenée par quelque état pathologique antérieur, mais il n'y a pas de rapport nécessaire entre elle et le mal de Graves.

NATURE DE LA MALADIE.

Si l'on parcourt les différents auteurs qui se sont occupés de la matière, on reste frappé de la diversité des opinions qu'ils ont émises.

Graves de Dublin à qui revient, comme nous l'avons dit précédemment, l'honneur de donner son nom à la maladie qui nous occupe, avait tout d'abord distingué le goître de la maladie exophthalmique du goître ordinaire endémique.

Frappé des changements qu'il présente selon les différentes modalités du cœur, il fait de la glande thyroïde un tissu érectile : puis se rappelant les rapports du corps thyroïde avec les fonctions utérines à l'âge de la puberté, il attribue l'intumescence thyroïde à un trouble de fonctions utérines chez des femmes hystériques qui

sont si fréquemment sujettes aux palpitations cardiaques.

Son opinion se basait sur trois cas frustes chez lesquels l'exophthalmie manquait. Il n'essaye pas d'expliquer l'exophthalmie dans le cas où il l'a constatée : il constate simplement le dernier symptôme.

Charcot (*Gaz. médic.*, 1856), à propos d'un fait observé à l'hôpital de la Charité, étudia en détail, dans un mémoire lu à la Société de biologie, les divers symptômes de la maladie et se rattacha à l'idée d'une névrose vasculaire. Pour lui, les troubles du cœur et des vaisseaux sont l'expression d'une lésion purement fonctionnelle dont le point doit être recherché dans une affection du système nerveux.

« Il est impossible, dit-il, que la tumeur thyroïde résulte au moins en partie et dans les premiers temps de la maladie surtout dans une modification survenue soit dans les artères, soit dans les veines propres à la glande. »

Hervieux, dans une note qu'il lut à la Société médicale des Hôpitaux, en 1857, abonde dans les idées de M. Charcot et admet l'influence de l'élément nerveux dans la production de la maladie.

Fischer (*Arch. génér. de méd.*, 1859) fait table rase des opinions admises jusqu'à ce jour et cherche dans l'anémie l'origine de l'affection.

Basedow, en 1840, considérait déjà la cachexie comme le point de départ du mal de Graves : ce que l'on peut affirmer de plus sûr à cet égard, c'est qu'à la longue l'affection finit par amener de l'anémie et de la cachexie

par le trouble profond qu'elle apporte dans toutes les fonctions végétatives.

Aran (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXVI, p. 121) affirme qu'il y a hypertrophie du cœur dans tous les cas d'exophthalmie : il prétend avoir toujours constaté une augmentation de la matité cardiaque.

L'irritabilité du cœur et des vaisseaux amènerait bientôt une dilatation avec hypertrophie.

Il admet du reste l'influence du système nerveux.

Les faits de L. Gros (*Gaz. hebd.*, 1864) et ceux avancés par Teissier (Du goître exophthalmique, 1863), prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi.

En ce qui est de la matité, la tumeur des parois ne lui aurait-elle pas souvent donné le change ? En général, les battements exagérés du cœur sont plutôt la résultante de l'état nerveux que de l'hypertrophie de ses parois.

Hiffelsheim dans un rapport à l'Académie de médecine (1862), fait intervenir un autre élément dans les questions.

Pour lui, la maladie de Graves n'est qu'une diathèse : la multiplicité des symptômes est là du reste pour le prouver.

Pour Piorry (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1862), c'est le goître qui est l'origine de tous les accidents, qui retentissent mécaniquement sur toutes les autres fonctions.

Beau (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1862) reprend les idées de Basedow et de Fischer : il ne voit dans la maladie qu'une caxechie, qu'une chloro-anémie avec prédominance des symptômes cardiaques.

Bouillaud (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1862), émet une nouvelle théorie. Pour lui, la maladie de Graves n'est qu'une forme spéciale de crétinisme avec goître et exorbitisme. Il ne reconnaît pas l'élément cœur dans la maladie.

Gros (*Soc. méd. de la Seine*, 1864) revient encore sur les idées de Beau : il ne voit dans la maladie qu'une chlorose spéciale, qu'une chloro-anémie à symptômes particuliers.

Stokes, dans son Traité des maladies du cœur et de l'aorte, parle longuement de la nature du mal de Graves.

Il subordonne tous les accidents aux phénomènes circulatoires. Pour cet auteur, l'affection n'est qu'une névrose cardiaque, et tous les phénomènes morbides, la conséquence de la névrose.

Stockes admet aussi une variété de goître avec l'hypertrophie du cœur, dont il fait un accident de coïncidence ou ayant pu déterminer l'explosion des symptômes caractéristiques de la maladie.

Jusque-là, comme on peut le voir, à part quelques théories, on avait dit névrose ou cachexie, sans aller plus loin dans la pathogénie de la maladie.

Mais les recherches anatomo-pathologiques, aidées des études si remarquables du professeur Claude Bernard sur la physiologie expérimentale, ont fait entrer la question dans une phrase toute nouvelle et permis aux auteurs de formuler une opinion précise sur la nature de la maladie.

MM. Peter, de Graefe, les auteurs classiques Grisolle,

Jaccoud, Trousseau, Tardieu admettent aujourd'hui l'hypothèse d'une affection de la portion cervicale du grand sympathique, une névrose congestive suivie de lésions matérielles plus ou moins durables, et les célèbres expériences de physiologie expérimentale, faites par le professeur Claude Bernard, sont venues confirmer d'une façon éclatante, ces hypothèses basées sur des recherches minutieuses d'anatomie pathologique, et les symptômes cliniques qui avaient été observés, et dont les plus intéressants, et à la fois les plus probants sont les taches cérébrales, l'élévation de la température et l'accélération du pouls.

Voici comment Trousseau s'exprime du reste sur la nature de l'affection :

« Les troubles fonctionnels si nombreux de la maladie de Graves dérivent, soit d'un état congestionnel passager du grand sympathique, soit même d'une lésion de structure permanente du système nerveux ganglionnaire, congestion ou lésion qui devient la cause de congestions fugitives ou de lésions irréparables dans les divers organes, lesquels peuvent s'hypertrophier ou s'atrophier consécutivement à cette hyperémie par un mécanisme, etc. » (Trousseau, Clinique de l'Hôtel-Dieu, page 92.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les recherches d'anatomie pathologique ont jeté un grand jour sur la nature de la maladie, et sur ses lésions matérielles.

Nous ne ferons que les enregistrer sommairement,

nous réservant de les discuter et d'en tirer les conséquences, lorsque nous parlerons de la nature de la maladie et des diverses opinions qui ont été tour à tour invoquées par les différents auteurs qui se sont occupés de cette singulière affection.

Cœur. — Souvent le cœur a été trouvé normal, quelquefois on a constaté une dilatation tantôt simple, tantôt avec hypertrophie, avec ou sans lésions valvulaires.

Artères. — Les artères du cou ont été vues gonflées, flexueuses, avec ou sans altérations athéromateuses. Les reins ont présenté quelquefois la même dilatation que les artères.

Corps thyroïde. — Cet organe, comme on le sait, reçoit quatre grosses branches importantes et quelquefois une branche supplémentaire qui lui vient directement de l'aorte (artère de Neubauer). Tous ces vaisseaux et leurs nombreuses subdivisions sont dans la plupart des cas flexueux, dilatés au maximum : les subdivisions semblent multipliées; la glande rappelle l'aspect de l'anévrysme cirsoïde; nous verrons, dans un autre chapitre, combien les symptômes se rapprochent de ceux de l'anévrysme cirsoïde. Les veines superficielles et profondes participent à cette dilatation.

Le tissu de la glande est hypertrophié dans ses divers éléments et différemment suivant les cas.

Tantôt les éléments propres de la glande, les acini sont seuls hypertrophiés, tantôt la trame fibreuse est

hypertrophiée avec conservation de l'élément glandulaire, tantôt enfin, mais plus rarement, les acini sont étouffés par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel du stroma, il y a une véritable cirrhose atrophique (Trousseau), mais ce fait ne se rencontre guère que dans des cas chroniques et tout à fait anciens.

Œil. — Quelquefois on ne peut saisir aucune lésion appréciable de l'œil ni des organes voisins, d'autres fois, on observe une congestion veineuse de la région orbitaire, dans certains cas une dilatation des branches de l'ophthalmique.

Les vaisseaux de la conjonctive sont quelquefois variqueux surtout au niveau de l'insertion des muscles droits.

Dans des cas anciens, le tissu adipeux de l'orbite est très-développé : au début de l'affection ce tissu est sain, mais bientôt, sous l'influence de congestions fréquemment répétées, des troubles surviennent dans sa nutrition : il prolifère, s'infiltre de sérosité, va même jusqu'à s'indurer, jusqu'au moment où la dégénérescence graisseuse s'empare de tous ces produits.

Examen ophthalmoscopique.— A l'examen, on a trouvé le tissu de la retine anormalement vascularisé : une pigmentation péripapillaire intense qui a persisté dans certains cas après la guérison complète.

Withuisen a constaté dans un cas les symptômes bien accusés d'une névrite optique avec pigmentation noire et jaune autour de la papille.

Altérations du grand sympathique. — Les altérations du grand sympathique, surtout étudiées de nos jours, ont contribué pour une grande part à jeter la plus vive lumière sur la nature de la maladie.

Dans certains cas, il est vrai, l'examen minutieux des ganglions cervicaux n'a fourni aucun résultat, mais dans la plupart des cas, comme dans le cas de Fournier où l'examen a été confié aux soins de M. Ranvier, ils ont offert les lésions suivantes :

Les ganglions sont pigmentés : dans certains cas, il sont rouges, injectés ; à l'examen microscopique, ils offrent les particularités qui suivent :

Les vaisseaux sont nombreux : le tissu conjonctif a proliféré ; il y a comme un stroma serré qui étouffe plus ou moins les éléments anatomiques nerveux qui sont déformés, amoindris ; plusieurs ont subi la dégénérescence graisseuse, des globules de graisse les remplacent.

L'atrophie est cirrhotique dans ce cas, simple dans d'autres où le microscope ne parvient à révéler la moindre lésion.

Tantôt la lésion porte sur les trois ganglions cervicaux du sympathique, tantôt sur un seul, comme l'inférieur (cas de Trousseau).

Les lésions ne se bornent pas toujours aux ganglions, on a vu dans certains cas le canal central de la moelle oblitéré au point correspondant, quelquefois la substance grise indurée tout à l'entour.

Foie. Rein. — On a quelquefois constaté dans ces

viscères des altérations dépendantes de dégénérescences graisseuses, amyloïdes ou cirrhotiques. Le rein a présenté les lésions du mal de Bright.

Les lésions gangréneuses notées par Fournier sont produites par des tromboses liées à la cachexie.

SYMPTÔMES.

La scène pathologique s'ouvre par des modifications assez remarquables dans les fonctions cérébrales. Le caractère de la malade change, elle devient irritable, la tristesse s'en empare ; ces modifications qui surviennent en général chez des sujets nerveux, s'accompagnent en général de mouvements congestifs du côté du visage : la malade éprouve des battements dans la tête, des palpitations qui reviennent par paroxysmes. Les fonctions de l'utérus se troublent, l'écoulement menstruel se supprime.

Des troubles digestifs surviennent : les malades éprouvent de la boulimie ou de l'anorexie, quelquefois même des vomissements : l'amaigrissement est souvent extrême.

Tous les accidents, surtout les derniers, qui témoignent d'un trouble sérieux des fonctions organiques, précèdent quelquefois de plusieurs mois, de plusieurs années même l'explosion des phénomènes pathognomoniques de la maladie et mettent le médecin dans la plus grande indécision pour le diagnostic.

Après un temps variable, donc, les symptômes importants se caractérisent davantage et souvent la triade

symptomatique exorbitis, intumescence du corps thyroïde, palpitation apparaît tout ensemble.

Mais là n'est pas toujours la marche ordinaire de la maladie et le développement continue à être graduel, les symptômes de la triade n'apparaissent que les uns après les autres; tantôt l'exophthalmie apparaît la première, tantôt l'intumescence thyroïde, tantôt les palpitations du cœur; quelquefois l'ordre de leur apparition est le suivant: palpitations, goître, exophthalmie, mais ce n'est pas là le cas le plus général.

Examinons comment se comportent les trois accidents caractéristiques du mal de Graves.

Palpitations cardiaques. — Les palpitations sont continuelles, exagérées souvent par les moindres mouvements, les émotions morales, les fatigues. L'énergie de l'impulsion est variable suivant les cas et n'est pas toujours en rapport avec le nombre des battements qui s'élèvent le plus souvent à 120, à 140 et s'élèvent parfois à 200 battements par minute.

Son rhythme est en général régulier et normal.

L'examen du cœur a été fait avec le plus grand soin, vu l'importance que certains auteurs ont voulu donner aux lésions matérielles qu'ils y ont rencontrées.

Dans bien des cas, il a été trouvé normal; dans d'autres, on a trouvé de l'augmentation de volume, des souffles systoliques divers, dus le plus souvent à de l'anémie et à de l'insuffisance relative des claquements valvulaires exagérés.

Il faudra se méfier dans tous les cas de la coexistence

de quelques lésions valvulaires que la connaissance des commémoratifs permettra souvent de reconnaître.

Withuisen a rapporté néanmoins 7 cas, dans lesquels les lésions semblent consécutives.

Nous reviendrons sur ce sujet quand nous parlerons des différentes opinions qui ont été émises sur la nature de la maladie.

Nous dirons de suite que la dilatation du cœur, que certains auteurs ont mis en avant, entraînerait une faiblesse de l'impulsion et une irrégularité dans le rhythme qui se trouvent peu en rapport avec ce qu'on observe le plus souvent.

Ajoutons, cependant, que dans certains cas de fatigue survient une dilatation, espèce d'asystolie qui est le plus souvent transitoire et de peu de durée.

On a noté enfin le soulèvement, la voussure et le frémissement de la région précordiale.

Appareil circulatoire. Artères, veines. — Dans la sphère d'excitation du grand sympathique seule, la portion cervicale, les artères sont dilatées, l'aorte et l'artère pulmonaire sont le siége de violentes pulsations, se montrant souvent à simple vue.

Les artères cervicales frémissent.

La pression exercée par le stéthoscope donne lieu à la production de souffles.

Les grosses veines du cou participent à leur dilatation : on constate quelquefois le phénomène du pouls veineux dans la veine jugulaire interne.

Les artères éloignées sont le plus souvent normales,

quelquefois le pouls de la radiale est fréquent, ce qui peut tenir à une hypertrophie passagère, comme on en rencontre chez les femmes grosses : donc l'hypertrophie n'est pas constante.

Certains symptômes particuliers indiquent une perturbation profonde de la circulation capillaire.

Ce sont : 1° les taches méningitiques comme c'est la règle dans la méningite aiguë ; 2° l'accélération du pouls qu'on pourrait, comme nous le disions tout à l'heure, attribuer à une hypertrophie transitoire du cœur ; 3° une élévation de la température de 1 ou 2 degrés.

Intumescence du corps thyroïde. — Dans certains cas, le corps thyroïde offre un développement graduel : le malade ne s'en aperçoit qu'accidentellement en éprouvant par exemple de la difficulté à boutonner le col de sa chemise. Dans d'autres cas, il acquiert vite un maximum qu'il ne dépasse pas ; quelquefois il s'affaisse subitement, rarement il est volumineux.

La marche de son développement est quelquefois irrégulière, se fait par paroxymes qui surviennent sous l'influence des moindres émotions morales.

La tumeur a une consistance demi-molle, et ne présente pas ordinairement de bosselures ; généralement le corps thyroïde ne se développe pas également dans sa totalité, et, dans ce cas, c'est le côté droit (Trousseau, Stokes, Graves) qui acquiert le minimum du développement.

Sa nature vasculaire qui le distingue du goître endémique et de celui des femmes enceintes, lui donne une

physionomie symptomatique spéciale qui sert à le différencier de ces derniers.

1° Il est le siége de pulsations;

2° Il donne à la main un frémissement systolique;

3° Le stéthoscope permet d'y dévoiler la présence du souffle.

Dans certains cas, la présence de ces symptômes a pu donner le change et faire admettre l'existence d'un anévrysme.

A la surface de la tumeur, la place est souvent tendue, amincie, bleuâtre, sillonnée de veines.

Lorsque le goître est volumineux, il amène la compression de la trachée et donne lieu aux accidents du goître suffocant; quelquefois il y a simple gêne de la respiration, surtout dans le décubitus dorsal, de la dyspnée; d'autres fois surviennent des altérations du côté de la voix, de la raucité et même de l'aphonie.

Ces accidents ont été mis sur le compte de la compression des nerfs récurrents et laryngés supérieurs. Pourquoi, suivant Trousseau, ne seraient-ils pas plutôt des accidents nerveux dus à l'état névralgique, dont la maladie de Graves n'est qu'une manifestation.

Exophthalmie.—Quelquefois l'exorbitis survient d'emblée des deux côtés, d'autres fois elle n'est qu'unilatérale mais bien plus rarement; les paupières sont fermées incomplètement, les malades éprouvent de la peine à les maintenir en contact: la procidence des yeux n'est cependant pas toujours très-considérable; on peut du reste les refouler, mais ils reviennent bientôt à leur état

ordinaire et cet état augmente sous l'influence des émotions morales et des époques menstruelles : le regard est changé, les yeux brillants, humides, la face exprime l'égarement et la stupeur.

La saillie oculaire peut aller jusqu'à un exorbitisme capable de produire une luxation de l'œil, c'est-à-dire, le passage des paupières en arrière de la grande circonférence du globe oculaire (Trousseau).

Il y a du larmoiement, la conjonctive trop exposée à l'action de l'air est injectée, rarement on observe de la kératite ulcéreuse.

La pupille est quelquefois normale, d'autres fois plus ou moins dilatée : enfin, dans certains cas, on l'a vue contractée.

Les malades ont souvent de la peine à accommoder aux diverses distances ; quelques-uns, au contraire, conservent ou acquièrent,d'après Trousseau,une grande puissance d'adaptation, quelquefois sont péniblement incommodés par des mouches volantes : ils deviennent, dans certains cas, presbytes ou myopes.

Souvent les troubles de la vue peuvent absolument manquer.

De Graefe a signalé une symptôme qui précède souvent et annonce l'exophthalmie, c'est la diminution ou la suppression des mouvements associés par lesquels la paupière supérieure suit la locomotion du globe oculaire : ce phénomène est dû vraisemblablement au spasme des muscles palpébraux supérieurs,innervés par le sympathique.

Quelle peut être la cause de l'exorbitis? Nous n'expo-

serons pas les diverses théories qui ont été tour à tour invoquées pour expliquer la production de ce singulier phénomène. Nous nous contenterons de celle de Galezowski, basée sur la physiologie expérimentale et à laquelle s'est rallié Trousseau.

Le fait expérimental est celui-ci.

L'irritation du ganglion sympathique cervical (Exp. de Claude Bernard) a produit l'exorbitis donc ce phénomène est sous la dépendance d'une irritation du grand sympathique.

La capsule de Ténon est, comme on le sait, composée de tissu fibreux et de fibres lisses : c'est sa contraction qui cause vraisemblablement le phénomène; par suite des poussées congestives fréquentes vers le globe de l'œil, le tissu graisseux se développe comme nous l'avons montré dans un autre partie de ce travail, et une exophthalmie persistante de cause mécanique se manifeste.

Phénomènes psychiques.—Le caractère est sombre irritable, mélancolique, les perturbations morales sont à leur comble, il y a de l'insomnie.

Joignez à cela les souffrances physiques de la malade dont la poitrine et la tête sont ébranlées sans relâche, chez laquelle la respiration est difficile et la parole saccadée.

Fonctions végétatives. — Quelquefois ces fonctions ne présentent rien d'anormal, d'autres fois, il y a du côté des voies digestives, des nausées, des vomissements, de

la gastralgie avec boulimie ou anorexie, des appétits bizarres, de la diarrhée qui alterne souvent avec de la constipation, du météorisme.

Du côté du système nerveux, on remarque souvent un état nerveux très-prononcé, des démangeaisons cutanées, des sueurs abondantes.

Il y a des troubles bien accusés dans la nutrition interstitielle, se traduisant par un amaigrissement rapide malgré l'appétit quelquefois très-considérable du sujet. Cette cachexie amène promptement un marasme profond.

Il y a souvent de la tendance aux hémorrhagies. On observe quelquefois les signes de la chlorose avec l'œdème des extrémités qui se confondant avec les troubles de la menstruation, la leucorrhée ou l'aménorrhée, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire méconnaître la véritable maladie.

MARCHE DE LA MALADIE.

Cette affection suit une marche, tantôt chronique, tantôt aiguë : elle présente des alternatives de rémission et d'exacerbation : elle est essentiellement paroxystique; tantôt ces paroxysmes ne viendront que de loin en loin, quelquefois à plusieurs mois, voire même à plusieurs années d'intervalle : d'autres fois le médecin assistera à plusieurs paroxysmes dans le même mois, quelquefois même dans le même jour. Ces paroxysmes mettent toujours la vie du malade en péril : ils se manifesteront par une exagération plus ou moins forte des

troubles cardiaques, une dyspnée intense, une tuméfaction plus grande du corps thyroïde.

Si la maladie doit guérir, les accidents s'amendent, les palpitations diminuent d'intensité, et avec cette amélioration du côté du cœur, on assiste peu à peu au rétablissement de toutes les fonctions; la digestion s'opère mieux et la cachexie disparaît lorsqu'elle existe ; souvent la première fonction qui se rétablit est la fonction utérine; le retour des règles est, en général, un bon signe.

Il faut se rappeler que les récidives sont fréquentes dans cette maladie : ces récidives ne sont peut-être que les paroxysmes d'une maladie qui n'a pas complètement disparu.

PRONOSTIC.

Le pronostic est grave et il ne l'est pas : peu grave, quand on pense que l'affection n'est mortelle que dans le quart ou le cinquième des cas, grave, au contraire, quand on réfléchit au peu de ressources dont la thérapeutique peut disposer contre elle.

La plupart du temps, en effet, on améliore les palpitations, mais le goître et l'exorbitis persistent : la guérison n'est qu'incomplète.

Plusieurs auteurs, Charcot, Corlieu, Trousseau, notent l'influence salutaire de la grossesse sur l'évolution de la maladie, et ils citent quelques observations à l'appui (1).

(1) Chez une jeune personne, atteinte d'une cachexie exophthalmique, MM. Trousseau et Charcot, après avoir prescrit un trai-

Ce fait semble corroborer, du reste, parfaitement cet autre fait que nous citions tout à l'heure, à savoir le rétablissement de la fonction utérine comme le premier pas dans la guérison, et aussi l'opinion de bien des auteurs qui ne voient dans la maladie de Graves, qu'un trouble primordial des fonctions utérines.

La mort arrive le plus souvent par épuisement, par la fièvre hectique, par hémorrhagies, par développement d'une endocardite, comme dans le cas cité par Ollivier, par une maladie intercurrente; occasionnée par la fièvre hectique.

Le malade peut encore mourir par suffocation.

DIAGNOSTIC.

Dans les cas francs, dans ceux ou la triade symptomatique existe, le doute n'est pas possible et le diagnostic est assuré.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il y a des cas où le diagnostic présente à établir les plus grandes difficultés. Tantôt le médecin peut être appelé tout au dé-

tement approprié, firent entrevoir à la malade que le développement d'une grossesse, loin de nuire à l'action des remèdes, pourrait contribuer à la guérison. Ces prévisions ce sont complètement réalisées, et en rapprochant ce fait de la première observation de M. Charcot, dans laquelle la malade s'est rétablie après être devenue enceinte, et d'un cas analogue qui appartient à M. le professeur Trousseau, on est en droit de conclure que l'état de grossesse peut exercer une influence favorable sur cette maladie (*Gazette hebdomadaire*, 1862, t. IX, p. 562).

but de la maladie : il n'a, le plus souvent, que des palpitations qu'il peut rattacher à toute autre cause.

Tantôt, l'exophthalmie et l'intumescence du corps thyroïde sont tardives dans leur évolution, et quoique la maladie soit déjà ancienne, il est impossible de saisir le moindre gonflement du cou, la moindre saillie des globes oculaires.

Enfin, et ces cas se rencontrent assez fréquemment, la maladie est fruste : un des symptômes de la triade vient à manquer.

Il se présente alors 2 cas :

Ou bien le gonflement de la région thyroïde vient à manquer, et l'ensemble des autres symptômes ne permet pas le moindre doute ; ou bien l'exorbitis n'existe pas, et les autres symptômes peuvent bien ne pas mettre sur la voie du véritable diagnostic.

On se rappellera alors que le goître endémique est bilatéral, qu'il est dur et qu'il consiste dans l'hypertrophie de tous les éléments, que le goître de la maladie de Graves est vasculaire, mou, le plus souvent à droite (Trousseau). On verra que la malade de Versailles dont nous présentons l'observation, portait un goître manifestement bilatéral.

On saura ensuite que l'iode guérit le goître endémique, et que dans la grande majorité des cas (Trousseau) il aggrave les accidents dans le goître exophthalmique.

La présence du goître chez une femme enceinte en indiquera assez la cause.

On sait, et des observations l'ont prouvé, que le goître exophthalmique guérit souvent par la grossesse.

Dans le cas fruste, précédemment cité, où l'intumescence du corps thyroïde vient à manquer, on se rappellera que dans la maladie de Graves, le regard est brillant, et qu'il est terne dans les affections organiques du cœur.

La confusion de l'exophthalmie cachectique avec l'hydrophthalmie, est impossible pour des raisons qu'il nous semble superflu d'indiquer.

TRAITEMENT.

Le traitement sera le même que dans toute névrose, plus les indications spéciales que fait naître la physionomie particulière de la maladie.

Comme traitement hygiénique, on conseillera le repos du corps et de l'esprit, le changement de résidence, le séjour à la campagne, l'abstinence des spiritueux, des excitants, tels que le thé et le café, du tabac.

L'emploi du bromure de potassium sera toujours indiqué : il a, du reste, produit toujours d'excellents effets. On devra conseiller l'hydrothérapie.

Le sulfate de quinine, longtemps continué à la dose quotidienne de 0,60 à 0,80, a souvent causé la guérison complète.

L'iode a causé des accidents dans presque tous les cas.

Les ferrugineux ont été employés pour combattre l'anémie, lesquels, d'après certains auteurs, avaient dû produire et devaient entretenir l'affection : leur emploi doit

être rejeté : il a, dans certains cas, augmenté les accidents.

On ne devra jamais négliger de suivre les indications de la médecine symptomatique; contre les palpitations, on devra employer la digitale, la glace et les douches sur la région précordiale.

Contre le goître, on emploiera les douches, la glace, l'iode en frictions.

Les saignées, les douches sur l'utérus ont rendu de bons services, ainsi que l'application des courants continus sur la portion cervicale du grand sympathique.

Obs. I. — (Due à l'obligeance de M. Bourotte, externe du service). Dans l'année 1876 nous observions, en suivant les leçons de M. le professeur Vulpian, le cas suivant de goître exophthalmique.

Le sujet de cette observation est une femme couchée salle Ste-Claire, lit n° 26, âgée de 41 ans et qui depuis l'enfance ne se souvenait pas d'avoir jamais été malade. Aucune maladie de poitrine ni de cœur, pas de rhumatisme, pas de chorée ni d'hystérie.

Il y a 4 mois ses règles ont cessé de paraître. La maladie qui l'oblige aujourd'hui d'entrer à l'hôpital, remonte, paraît-il, à une année et a débuté par une diarrhée très-forte.

Elle fut alors admise à l'hôpital Cochin où l'on remarqua le développement considérable de sa gorge. En même temps les yeux étaient saillants et leur expression étrange. Il y avait aussi de violentes palpitations : au

début on avait également constaté de l'œdème des membres supérieurs et du ventre. La malade resta environ un mois à l'hôpital Cochin, puis elle alla passer une quinzaine de jours à l'asile du Vésinet; elle revint ensuite chez elle où elle resta à peu près trois semaines presque guérie. La gorge était toujours volumineuse. Au bout de ce temps, la diarrhée la reprit, et elle fut obligée de rentrer à l'Hôtel-Dieu d'où elle sortit il y a trois mois.

Il n'y eut là ni exophthalmie, ni augmentation du goître. Retournée chez elle, elle avait toujours de la diarrhée.

Le mal s'est aggravé depuis huit jours; environ quinze selles liquides par jour avec des vomissements bilieux et de la fièvre : elle n'en avait, paraît-il, jamais eu jusqu'à ce jour.

Battements de cœur violents: douleurs à l'épigastre et en arrière.

Enfin dans la nuit du 18 au 19 janvier (jour de son entrée), apparition d'ictère dont la malade ne s'est aperçue qu'à l'hôpital lorsqu'on l'a dévêtie.

Etat actuel. — Malade amenée en brancard, dans un grand état de prostration ; yeux entourés d'un cercle brunâtre; teinte ictérique généralisée.

Langue rouge et très-sèche.

Battements des vaisseaux à la région cervicale.

Battements du cœur soulevant la paroi thoracique surtout dans la partie correspondant à la base; au cœur, souffle intense au 1er temps et à la base ; dans les vaisseaux du cou, double bruit de souffle (bruit de

râpe). Pouls égal, mais très-petit. Température axillaire : 37°,6.

Corps thyroïde. — Les 2 lobes font saillie et sont, à la vue et au toucher, augmentés de volume.

Foie débordant les fausses côtes ; à la région épigastrique rénitence et douleur à la pression. Le foie mesure 0,13 centimètres à la ligne mamelonnaire.

20 janvier. Léger œdème des jambes.

Cœur. — Matité mesurant 0,12 cent. dans tous les sens ; bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à l'orifice aortique et au 1er temps ; à la pointe, bruit de souffle au 1er temps se propageant sur la ligne axillaire ; peut-être du rétrécissement.

Pas de susurrus dans les vaisseaux du corps thyroïde.

Pouls mou, dépressible, sans intermittence.

Le rétrécissement aortique corrige l'insuffisance mitrale.

Il n'y a pas de congestion pulmonaire.

Pas d'empâtement du péritoine ; pas de péritonite chronique qui explique la diarrhée. Celle-ci est donc due à un catarrhe intestinal de cause cardiaque, de même que l'insuffisance mitrale explique la congestion hépatique et le catarrhe des voies biliaires. Température axillaire 37°,4.

Traitement. — Elixir de Tardieu avec essence de menthe, eau-de-vie et laudanum. 1 granule de digitaline. Tisane de chiendent nitré.

Le soir 37°,3.

Le 21. Erythème papuleux autour des olécrânes.

Temp. 37°,2 ; grand nombre de selles dans la journée précédente.

Le soir la malade s'est présentée 20 fois à la garderobe ; selles presque exclusivement liquides sans flocons albumineux ; pas de sang.

Langue sèche et très-dure. Fuliginosités.

Prescription de lavement avec laudanum 15 gouttes. Temp. 37°,4.

Le 22. Une vingtaine de selles ; la malade ne se plaint que de cette diarrhée qui l'épuise et de douleurs au creux de l'estomac et en arrière; aujourd'hui point de côté cardiaque, peu intense.

Le lavement laudanisé a produit des coliques.

La langue est moins sèche, le facies moins abattu.

Le 23. La malade a vomi une potion avec 5 gouttes de laudanum qu'on lui avait données hier soir; même diarrhée, un peu d'agitation, la peau se refroidit, pouls fréquent, langue rouge-brique.

Prescription de sous-nitrate de bismuth et diascordium de 8 grammes. Le soir 37°,4, agitation.

Le 24. Moins de diarrhée.

Le 25. Diarrhée aussi abondante, quelques nausées, langue aussi rouge ; prescription d'eau de chaux 40 grammes.

Le 28. Même état. La diarrhée est un peu diminuée ; la malade très-affaiblie ne peut ingérer que des panades, elle vomit l'élixir de Tardieu et supporte une petite pilule d'opium.

La langue est redevenue très-sèche et dure; cependant l'estomac supporte le bouillon et les panades.

Il y a un peu de douleur abdominale à gauche.

Le 29. Les yeux font toujours saillie, surtout le droit, et ne peuvent être complètement recouverts par les paupières.

Le 31. Même état. Tache ecchymotique de la conjonctive droite. Langue toujours sèche et rouge, laissant transsuder un peu de sang. Moins de diarrhée, la malade se soutient.

1er février. Mieux sensible, la malade sous l'influence de l'opium à doses fractionnées 0,05 en 4 ou 5 fois n'a plus que 8 à 10 selles par jour; depuis deux jours l'ictère s'efface un peu.

La langue est plus humide et moins rouge.

La malade a pu manger du poulet et du poisson.

Le 2. La malade est reprise de diarrhée et se plaint de violentes palpitations.

Le 6. La malade a demandé sa sortie.

Cette observation est, à notre sens, très-intéressante en ce que la malade a présenté dans le cours de sa maladie des accidents du côté du cœur, qu'elle n'avait jamais présentés auparavant.

Ces accidents peuvent-ils être mis sur le compte de l'affection, et en ce cas peut-on rapprocher ce cas des 8 cas de Witthuisen dans lesquels les troubles cardiaques lui ont semblé consécutifs ?

Obs. II.—Cette observation a été recueillie par nous à l'hôpital de Versailles, dans le service de M. le Dr Maurice, durant notre internat.

Femme L..., âgée de 58 ans, entrée le 22 août 1876, salle Ste-Adélaïde, lit n° 18.

Cette malade se présente à l'hôpital portant un certificat de M. le Dr Galicier constatant de l'anémie et un état nerveux.

Son teint pâle, la décoloration des muqueuses, son agitation, sont en effet bien manifestes.

Mais la saillie de ses yeux hors de l'orbite, le développement du corps thyroïde, les palpitations qu'elle dit éprouver font porter au chef de service le diagnostic de cachexie exophthalmique ou de maladie de Graves.

Interrogée la malade fait de son état l'histoire suivante. Il y a un mois environ qu'elle se sent essoufflée au moindre effort, ses forces l'abandonnent, elle maigrit beaucoup, et simultanément ses yeux et son cou grossissent considérablement.

Elle a pris quelques médicaments (elle ne peut dire lesquels) prescrits par le médecin qui l'envoie ; mais aucune amélioration ne s'est produite, au contraire tous les symptômes n'ont fait qu'augmenter.

Avant cette époque elle a toujours été très-bien portante, elle n'a jamais connu chez ses parents une affection semblable à la sienne, mais à Saint-Flour (Cantal) où elle est née et où elle a vécu pendant plusieurs années, beaucoup de personnes, dit-elle, ont aussi le cou gros.

Il y a sept ans environ que, pendant une quinzaine de jours, ses yeux sont devenus gros, mais cette saillie a disparu bientôt, grâce, dit-elle, à l'application de tranches de veau frais.

Depuis vingt ans environ, la menstruation ne se fait plus, et depuis une dizaine d'années elle a de grands chagrins domestiques.

Etat actuel. — Les téguments externes et internes sont décolorés; la défécation et la miction n'ont rien d'anormal.

La respiration est saccadée et plus rapide. On observe 120 pulsations environ à la minute. Les carotides battent fortement, la peau du cou est soulevée à chaque pulsation.

A l'auscultation, on trouve à la base du cœur et au 1er temps un bruit de souffle doux, léger, se propageant dans les carotides où il est plus intense et plus rude.

L'anémie et la compression exercées sur les vaisseaux du cou expliquent suffisamment cette particularité.

Le corps thyroïde offre à l'extérieur, d'après la saillie, les dimensions suivantes :

Longueur	8 à 9 centimètres.
Largeur	6 à 7
Saillie	1

Les paupières malgré les efforts de la malade ne recouvrent pas entièrement le globe oculaire, tellement ses yeux proéminent.

Son regard est mobile, brillant et sauvage.

La conjonctive de l'œil droit surtout est injectée, ce qui pourrait bien tenir à ce que la malade dort habituellement sur le côté droit.

Elle ne peut rester longtemps dans la même position, ses mouvements sont brusques, et son agitation augmente pendant la nuit à tel point que durant celle du

24 au 25 août, elle rêve, se lève et fait plusieurs tours dans la salle.

Le lendemain matin elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la nuit; elle n'a conservé qu'une grande fatigue. La journée est relativement calme.

Du 22 au 27 août cet état persiste.

Traitement. — Les trois premiers jours elle prend une potion avec bromure de potassium 3 gr.

Du 25 au 28 inclusivement, cette potion est abandonnée, elle prend 3 gr. d'hydrate de chloral.

Le 28 au matin, elle se plaint de trop dormir; on cesse la potion au chloral et on lui redonne du bromure de potassium, et son agitation continuant, on est obligé de la séparer du reste des malades dont elle trouble le repos, et on la met à part dans une petite salle.

Les jours suivants, 29, 30 et 31 août, le calme revient la nuit, elle ne se lève plus et se trouve mieux, mais elle se sent trop faible pour pouvoir marcher.

D'ailleurs depuis le moment où elle s'est sentie malade, elle mange à peine, et cette anorexie persiste durant tout son séjour à l'hôpital. Elle ne prend environ qu'un potage ou deux par jour.

1er et 2 septembre. Le délire nocturne a repris la malade, la nuit elle se lève et se promène dans les couloirs. Durant le jour elle se calme, son agitation est moindre, mais les divagations persistent.

Son pouls s'élève jusqu'à 130 pulsations à la minute.

Le 3 et le 4. Même état. Pouls 108.

Traitement. — Julep gommeux avec bromure de po-

tassium 4 gr. 2 granules d'arséniate de soude à prendre dans la journée.

Le 5. Même état, délire continuel.

Le pouls est tombé à 96.

Même traitement que le jour précédent.

La mort arrive à minuit du 5 au 6 septembre.

L'autopsie a été faite le 7 septembre, trente-six heures après la mort.

Examen du cœur. — Le cœur a son volume normal; dans l'oreillette droite, on constate la présence d'un caillot noir et mollasse du volume d'un œuf de poule. Dans le ventricule droit se trouve un caillot fibrineux d'aspect jaunâtre. Rien dans le cœur gauche.

Les valvules sont normales, aucune apparence de dilatation.

Examen de l'aorte. — Immédiatement au-dessous de la crosse de l'aorte, on aperçoit une plaque athéromateuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Poumons. — On trouve dans la plèvre des adhérences anciennes beaucoup plus prononcées à gauche.

Le poumon est sain.

Examen des viscères abdominaux. — Le foie ne présente rien de particulier à noter.

La rate et le poumon sont normaux.

Les reins sont hyperémiés et légèrement hypertrophiés.

Le canal digestif ne présente rien d'anormal à considérer.

Corps thyroïde. — Le corps thyroïde a été pesé, on a

trouvé 100 grammes, on sait que son poids normal est de 24 grammes.

On l'a mesuré ensuite avec soin dans différents sens : voici les résultats de ces mensurations comparées à l'état normal :

1° Dimension transversale normale 5 à 6 cent.
id. id. pathologique 9 à 10 cent.

2° Dimension antéro-postérieure normale sur la ligne médiane. 6 à 8 mill.
id. id. pathologique 15 à 18 mill.

3° Longueur normale des cornes. 5 à 6 cent.
id. pathologique id. 9 cent.

La pyramide de la louette fait absolument defaut.

Les deux masses latérales sont couchées sur les carotides qu'elles compriment.

Cerveau. — A l'ouverture du crâne, on constate une injection anormale de la dure-mère.

Sur les parois osseuses, les vaisseaux méningés se sont creusé un sillon profond et raboteux.

La pie-mère apparaît très-vascularisée, et entre les circonvolutions de la base et du sommet, on aperçoit des dépôts fibrineux.

A la coupe, le cerveau légèrement ramolli paraît un peu pointillé de rouge et surtout à la surface dans les ventricules latéraux, existe un épanchement séro-sanguin.

La malade a dû certainement mourir de méningo-encéphalite diffuse.

Examen des ganglions cervicaux du grand sympathique. —Les ganglions inférieur et moyen sont normaux, leur aspect est normal ; la coupe examinée avec soin au microscope n'ont semblé révéler aucune lésion appréciable.

Il n'en est pas de même du ganglion supérieur, il est plus gros que son volume normal, il est injecté à la surface, la coupe examinée au microscope présente une prédominance bien manifeste de l'élément conjonctif sur l'élément nerveux, il y a des globules de graisse disparaissant sous l'action de l'acide acétique glissée sur la préparation, plusieurs cellules nerveuses présentent dans leur intérieur des granulations nombreuses. Le noyau de ces cellules n'a pu être distingué nettement, le nombre des vaisseaux est considérable dans les mailles du tissu conjonctif de nouvelle formation.

A notre avis, la femme qui fait le sujet de notre observation est bien atteinte d'un goître exophthalmique, quoique le goître soit endémique dans le pays qu'elle a habité.

Cette observation nous semble intéressante aux divers points de vue suivant :

1° La malade était âgé de 58 ans, n'était plus réglée depuis vingt ans, ce qui prouve que la maladie n'est pas toujours sous la dépendance de troubles dans les fonctions de l'utérus.

2° Les chagrins paraissent avoir été chez elle la cause de l'explosion des accidents.

3° L'autopsie qui a été faite par nous, avec le plus

grand soin, a permis de noter les particularités suivantes :

1° La mort est survenue par une méningo-encéphalite manifeste.

Cette maladie intercurrente a-t-elle été causée par le fait même de la maladie, nous ne le croyons pas; ou bien par l'état d'anémie relative dans laquelle l'avait plongée l'affection dont elle était atteinte, en la rendant plus accessible à l'influence des processus morbides. Nous nous rangerions plus volontiers à cette dernière opinion, tout en nous étonnant de la localisation du processus.

2° Le cœur a été trouvé normal, ce qui prouve une fois de plus que les lésions matérielles ne sont pas nécessaires à l'évolution naturelle de la maladie.

3° L'examen minutieux des ganglions cervicaux nous a permis de reconnaître combien semble légitime l'opinion des auteurs qui ne voient, dans la cause primordiale de l'affection, qu'une irritation due à la lésion matérielle de la portion cervicale du grand sympathique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Graves 1835, cliniques médicales.
Basedow 1840, Casfers Wochenschrift.
Charcot 1856, Mémoire lu à la Société de biologie.
Hervieux 1857, Note lue à la Société médicale des hôpitaux.
Fisher, Archives générales de médecine, 1859.
Fournier et Ollivier 1866-1867, Société médicale des hôpitaux.
Aran 1860, Bulletin de l'Académie de médecine.
Hiffelsheim 1862, id.
Piorry 1862, id.
Beau 1862, id.
Teissier, Du goître exophthalmique, 1863.
Gros, Société médicale du département de la Seine, 1864.
Stokes, Maladies du cœur et de l'εorte, 1864.
Trousseau et Peter, *Gaz. hebd.*, 1864.
Grisolle, Pathologie interne.
Jaccoud, id.
Tardieu, id.
Trousseau, Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Du crâne et de la face.

Physiologie. — De la contractilité musculaire. Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Phénomènes capillaires. Endosmose des liquides et des gaz. Applications physiologiques.

Chimie. — Azote, phosphore, arsenic et antimoine; leurs caractères distinctifs, leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des rongeurs, du castor et du castoreum, du rat musqué, du daman.

Pathologie externe. — De la valeur de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

Pathologie interne.—Des accidents cerébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps, des mixtures. Règles à suivre pour leur préparation et leur prescription.

Thérapeutique. — De la révulsion et de la dérivation.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui peuvent se développer dans le corps de l'homme pendant la vie ou après la mort ; se développe-t-il de l'acide cyanhydrique pendant la putréfaction?

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu : le Président de la Thèse,
GUBLER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER,